

Allergie-Fragebogen für Patienten



Make friends with allergens

Ein Service von

hal
allergy
therapeutic vaccines

*Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,*

Bei allergischen Erkrankungen reagieren Patienten überempfindlich auf bestimmte Stoffe, die meist in der Umgebung zu finden sind. Um zu erkennen, ob eine Krankheit allergisch bedingt ist und welche Stoffe dabei beteiligt sind, benötigt Ihr Arzt möglichst genaue Angaben über ihre Umgebung, über den Krankheitsverlauf und die Beschwerden.

Bitte lesen Sie den folgenden Fragebogen zuerst in Ruhe durch und füllen Sie ihn danach sorgfältig aus. Beachten Sie, dass sich alle Fragen auf Sie als Patienten beziehen.

Bei Ihrem nächsten Praxisbesuch wird Ihr Arzt Ihre Angaben ausführlich mit Ihnen besprechen.

Name, Vorname des Patienten:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Wer füllt den Fragebogen aus?

Patient selbst Eltern Sonstige: _____

Welche Beschwerden führen zur Allergieuntersuchung?

In welchem Alter traten sie zum ersten Mal auf?

Mit _____ Jahren

Hauptbeschwerden:

Beruf des Patienten:

Arbeitsplatz: _____

Hobbys: _____

frühere Tätigkeit: _____

Welche Beschwerden bestehen oder bestanden früher und wann?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Milchschorf | <input type="checkbox"/> Neigung zu Erkältungsschnupfen |
| <input type="checkbox"/> Nesselfieber | <input type="checkbox"/> Verhinderte Nasenatmung |
| <input type="checkbox"/> Hautquaddeln | <input type="checkbox"/> Bronchitis mit/ohne Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Gesichtsschwellungen | <input type="checkbox"/> Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Ekzeme | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit |
| <input type="checkbox"/> Augentränen | <input type="checkbox"/> Reizhusten |
| <input type="checkbox"/> Augenjucken | <input type="checkbox"/> Krupphusten |
| <input type="checkbox"/> Bindehautentzündung | <input type="checkbox"/> Husten nur morgens/nachts |
| <input type="checkbox"/> Fließschnupfen | <input type="checkbox"/> Magen-Darm Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Niesanfalle | <input type="checkbox"/> Jucken der Gehörgänge |

Welche Verwandten haben oder hatten welche allergischen Erkrankungen (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Hautallergien)?

Vater: _____
 Mutter: _____
 Geschwister: _____
 Großeltern: _____
 andere (wer? _____): _____

Wann treten die Beschwerden auf?

- ganzjährig
 wechselnd, unabhängig von der Jahreszeit
 ganzjährig und in den folgenden Monaten besonders stark:

Jan Feb März April Mai Juni
 Juli Aug Sep Okt Nov Dez

nur in folgenden Monaten (bitte Monate ankreuzen):

Art der Beschwerden:

 Jan Feb März April Mai Juni
 Juli Aug Sep Okt Nov Dez

Art der Beschwerden:

 Jan Feb März April Mai Juni
 Juli Aug Sep Okt Nov Dez

Art der Beschwerden:

 Jan Feb März April Mai Juni
 Juli Aug Sep Okt Nov Dez

Treten die Beschwerden vorwiegend zu einer bestimmten Tageszeit auf?

- Nein, die Beschwerden sind ständig vorhanden.
 Nein, die Beschwerden treten zu unterschiedlichsten Tageszeiten auf.
 Ja, vorwiegend:
 morgens vormittags nachmittags nachts ab: _____

Wie ist die Beschaffenheit der Wohnung?

- Altbau feuchtes Mauerwerk, Stockflecken
 Neubau abgehängte Decken
 trocken Bad und WC mit/ohne Fenster

Wie ist die Umgebung der Wohnung?

- Großstadt umliegende Wiesen/Felder
 Kleinstadt nahegelegene Industrie
 enge Bebauung naheliegende Gewässer/Tümpel
 umliegender Park/Garten/Wald nahegelegene Landwirtschaft

An welchen Orten verstärken sich die Beschwerden?

- ortsunabhängig Arbeitsplatz
 Wohnung (wo?): Wiesen/Felder
 Keller/Dachboden Wald
 Schule/Kindergarten Tierstall/Zirkus/Zoo
 wo sonst? _____

An welchen Orten verbessern sich die Beschwerden?

- Wohnung Berge (Hochgebirge)
 Arbeitsplatz Meer

Besteht oder bestand Kontakt zu Tieren (z.B. in der Wohnung, bei Freunden)?

- Hund Pferd Goldhamster
 Katze Taube Wellensittich
 Kaninchen Meerschweinchen
 andere Tiere welche?: _____
 wo und bis wann?: _____

Wie ist die Beschaffenheit Ihrer Matratze?

- Rosshaar Latex Kapok
 Federkern Schaumstoff andere: _____

Woraus ist Ihre Bettdecke?

- Federn Wolle Kunstfaser
 Daunen Seide

Woraus ist Ihr Kopfkissen?

- Federn Schaumstoff Kunstfaser

Benutzen Sie allergendichte Bettüberzüge?

- Ja Nein

Welcher Bodenbelag liegt in Ihrer Wohnung?

- Teppich glatter Bodenbelag (Linoleum / Laminat / Parkett)

Verursachen / verstärken z.B. Dämpfe, Gerüche oder Staub die Beschwerden?

- Hausstaub Waschmittelstaub Temperaturwechsel
 Mehlstaub Braten-/Kochdunst Haar-/Körper-/Farbspray
 Heu-/Strohstaub was sonst?: _____

Besteht gegen bestimmte Nahrungsmittel starke Abneigung oder Unverträglichkeit?

- | | | |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Eier | <input type="checkbox"/> Soja | <input type="checkbox"/> Erdbeeren |
| <input type="checkbox"/> Milch | <input type="checkbox"/> Äpfel | <input type="checkbox"/> Pfirsiche |
| <input type="checkbox"/> Käse | <input type="checkbox"/> Apfelsinen/Zitronen | <input type="checkbox"/> Tomaten |
| <input type="checkbox"/> Sellerie | <input type="checkbox"/> Erbsen, Linsen, Bohnen | <input type="checkbox"/> Nüsse |
| <input type="checkbox"/> Schokolade | <input type="checkbox"/> Honig | <input type="checkbox"/> Erdnüsse |
| <input type="checkbox"/> Weizen | <input type="checkbox"/> Gewürze | |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | | |

Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Lippen-/Rachenschwellung | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schnupfen | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Nesselsucht | <input type="checkbox"/> Übelkeit | |
| <input type="checkbox"/> Verstärktes Ekzem | <input type="checkbox"/> Erbrechen | |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | | |

Bestehen Überempfindlichkeiten gegen Medikamente?

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Fiebermittel | <input type="checkbox"/> Beruhigungsmittel |
| <input type="checkbox"/> andere Medikamente: _____ | | <input type="checkbox"/> Pflaster |

Haben Sie eine Überempfindlichkeit gegen Insektenstiche (Biene, Wespe) beobachtet?

Ja, es traten folgende Reaktionen auf:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> starke Schwellung | <input type="checkbox"/> Hautquaddeln |
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Schwächeanfall |

Wurde bereits ein Allergietest durchgeführt?

- Ja (Jahr: _____ Arzt/Klinik: _____)

Folgende Allergien wurden festgestellt:

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel | <input type="checkbox"/> Insektengift |
| <input type="checkbox"/> Hausstaubmilben | <input type="checkbox"/> andere: _____ | |

Wurde bereits eine Allergieimpfung (Desensibilisierungsbehandlung) durchgeführt?

- Ja, von _____ bis _____
- mit gutem Erfolg (deutliche Besserung oder Heilung)
- ohne wesentlichen Erfolg
- mit starken Nebenwirkungen (welche?: _____)
- mit Abbruch der Behandlung (warum?: _____)

Welche Medikamente sind gegen die allergischen Beschwerden eingenommen worden?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antihistaminika | <input type="checkbox"/> Cortison-Präparate | <input type="checkbox"/> Hautsalben |
| <input type="checkbox"/> Dosier-Aerosol | <input type="checkbox"/> Schnupfenmittel | <input type="checkbox"/> Inhaliergerät |
| <input type="checkbox"/> sonstige Medikamente / Name: _____ | | |

Rauchen Sie (Zigarette, Zigarre, Pfeife)?

- Nein, noch nie
- Nicht mehr seit: _____
- Ja (seit wann und wie viel / Tag?): _____
- ein anderes Mitglied des Haushaltes raucht

Haben Sie bereits bestimmte Dinge abgeschafft?

Ja, folgende Dinge wurden abgeschafft:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Federbetten, Federkissen, Matratzen | <input type="checkbox"/> Teppiche |
| <input type="checkbox"/> Haustiere (welche? _____) | <input type="checkbox"/> Tierfelle, Pelzmäntel |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ | |

Wurden Ihre Beschwerden dadurch verbessert:

- Ja Nein

